



Determining the factors that determine treatment compliance among hypertensive patients undergoing hemodialysis: A qualitative study

Hipertansif hemodiyaliz hastalarının tedavi uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Kalitatif çalışma

Seval Aker¹
Serpil Yüksel²

Abstract

This study is a phenomenological qualitative study. The aim of the study was to investigate the factors to determine treatment compliance in hemodialysis patients, the importance of these factors, and relationship of factors. The study population consisted of 10 patients undergoing hemodialysis at the Bolu Private Nefro Dialysis Center. Appropriate authorizations and consent to perform the study were obtained from the facility where the study was performed, the ethical committee and the participating patients. In-depth individual interviews by the investigator with the help of a semi-structured interview form were conducted to collect the information between August 1 and August 24, 2011. The recorded data were evaluated by inductive content analysis. Content analysis allowed the identification of 26 codes for factors influencing treatment compliance. These codes were then categorized in seven broader categories: disease and health perception, effect on professional and social life, coping, fear, expectations, diet and fluid restriction, education and information. These categories were assessed according to their particular significance and reconciled under the overarching theme of factors determining compliance. The patients' age was 48.1 ± 14.45 years, the duration of previous hemodialysis treatment 6.35 ± 3.75 years and that of previous treatment for hypertension 5.2 ± 3.33 years. The

Özet

Araştırma, hipertansif hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla fenomenolojik tipte nitel olarak gerçekleştirildi. Araştırma kapsamına, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi'nde hemodiyaliz tedavisi gören 10 hasta alındı. Araştırmanın uygulanabilmesi için, araştırmanın gerçekleştirileceği kurumdan, etik kuruldan ve hastalardan yazılı izin alındı. Veriler, araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile 01-24 Ağustos 2011 tarihleri arasında toplandı. Kaydedilen verilerin çözümlenmesi, tümevarımcı içerik analizi ile yapıldı. İçerik analizi ile tedavi uyumunu etkilediği belirlenen 26 kod belirlendi. Kodlar kategorize edilerek; sağlık ve hastalık algısı, iş ve sosyal yaşama etki, başetme, korku, beklenti, diyet ve sıvı kısıtlaması, eğitim ve bilgi edinme olmak üzere 7 kategori oluşturuldu. Kategoriler taşıdıkları anlama göre incelenerek, uyumu etkileyen faktörler teması altında birleştirildi. Hastaların yaş ortalamasının $48,10 \pm 14,45$ yıl, hemodiyaliz tedavi süresinin $6,35 \pm 3,75$ yıl, hipertansiyon tedavi süresinin $5,2 \pm 3,33$ yıl olduğu belirlendi. Hastalığın uzun süreli olmasının sağlık ve hastalık algısını etkilediğini belirten hastaların tedavi süresinin 6-10 yıl arasında olduğu saptandı. 40 yaş üzerinde olan hastaların diyaliz sonrası bedensel yorgunluk şikayetinin daha fazla olduğu; hastalardan 8'inin

¹ M.Sc., Bolu General Secretary of the Association of Public Hospitals, Abant İzzet Baysal University, İzzet Baysal Education and Research Hospital, Department of General Surgery, Bolu, Turkey, bege8514@gmail.com

² Assitant Professor, Ph.D., Konya Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Science, Division of Nursing, Department of Surgical Nursing, Konya, Turkey, yukselserpil1977@gmail.com

duration of previous treatment for patients who expressed that the chronic character of the disease did affect their perception of disease and health was 6-10 years. Patients aged over 40 had greater physical fatigue post dialysis; eight of the patients experienced or had experienced problems related to their recommended diet. Seven patients experienced physical restrictions due to their treatment; such restrictions were affecting negatively their occupational and social life.

Keywords: Hemodialysis; Hypertension; Chronic Renal Failure; Treatment Compliance.

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

1. Giriş

Tıp ve teknolojiadaki hızlı gelişmelere paralel olarak doğumdan beklenen yaşam süresinin artması, tüm dünyada kronik hastalık insidansının artmasına neden olmuştur (Rambod ve Rafii, 2010:242,243; WHO, 2011:1,11). İnsidansı gittikçe artan kronik hastalıklardan biri olan kronik böbrek yetmezliği (KBY), yaşamı tehdit eden, ömür boyu tedavi ve bakım gerektiren, hipertansiyon (HT) gibi diğer kronik hastalıkların eşlik ettiği morbidite ve mortalite oranı yüksek ciddi bir hastalıktır (Li ve ark., 2014:209; Atik ve ark., 2015:2212,2218; Pehlivan ve ark., 2016:14; Seyahi ve ark., 2016:140). Böbrek fonksiyonlarını tamamen kaybeden bireylerde, böbrek nakli uygulanıncaya kadar en çok tercih edilen tedavi şekli olan hemodiyaliz (HD), yaşamı uzatan ve kalitesini artıran tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Chilcot ve ark., 2010:203; Kugler ve ark., 2011:1; Boothby ve Salmon, 2013:85; Li ve ark., 2014:209; Balım ve ark., 2016:36; Pehlivan ve ark., 2016:14; Seyahi ve ark., 2016:136,141). HD hastalarında morbidite ve mortalitenin birincil sorumlusu kardiyovasküler hastalıklar (%51,3) ve bu hastalıklara neden olan HT'dur (Seyahi ve ark., 2016:137,139). HD hastalarının %28-45'inde HT olduğu, çoğunluğunda (%82) antihipertansif tedavi ile veya tedavisiz kan basıncı regülasyonunun sağlandığı saptanmıştır (Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011:27; Elmas ve ark., 2012:24; İbrahim ve ark., 2015:245; Seyahi ve ark., 2016:137). HT kontrolünde öncelikli adım HD yeterliliğinin sağlanmasıdır. HD yeterliliğinin sağlanmasında, HD öncesi, sırası ve sonrasında ortaya çıkan sorunların belirlenip çözümlenmesi ve tedavi uyumunun sağlanması önemlidir (Kacaroglu Vicdan ve Karabacak Gülseven, 2014:210,217; Balım ve ark., 2016:36,41).

HD hastaları, yaşamında ve bedeninde oluşan değişikliklere, sıvı ve diyet kısıtlamalarına uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek ve öz yönetim becerilerini geliştirmek zorundadırlar (Krespi ve ark., 2008:370; Chilcot ve ark., 2010:203,210; Mellon ve ark., 2013:88,92; Kacaroglu Vicdan ve Karabacak Gülseven, 2014:210,213; Li ve ark., 2014:210; Atik ve ark., 2015:2212,2213; Zengin ve Ören, 2015:40,41; Pehlivan ve ark., 2016:14). Yapılan araştırmalar, bu hastaların tedavi uyumsuzluk oranının yüksek olduğunu (%36-62) ortaya konmuştur (Cukor ve ark., 2009:1224,1225; Öztürk ve ark., 2009:121; Baraz ve ark., 2010:64; Kugler ve ark., 2011:6,7; Chan ve ark., 2012:2; Elmas ve ark., 2012:24; Mellon ve ark., 2013:90; Ahrari ve ark., 2014:15; İbrahim ve ark., 2015:245). Uyumsuz davranışlar, hastaların kendi durumlarını ve koşullarını zorlaştırmakta, hiperkalemi, hiperpotasemi, aşırı kilo alımı, el ve ayaklarda ödem, pulmoner ödem, nefes darlığı ve mortalite gibi ciddi sorunlara neden olabilmektedir (Kalantar-Zadeh ve ark., 2009: 671, 674; Mellon ve ark., 2013:88,92; Ahrari ve ark., 2014:14; Zengin ve Ören, 2015:40; Balım ve ark., 2016:36,40). Bu nedenle, hipertansif HD hastasının yaşam biçiminde değişiklikler yapması, hem kendisinin hem de ailesinin diyet ve sıvı kısıtlamaları, ilaç tedavisi ve diyaliz seanslarına katılım gibi tedaviyle ilgili düzenlemelere uyum göstermesi önemlidir (Baraz ve ark., 2010:61; Chan ve ark., 2012:1,6; Elmas ve ark., 2012:25; Mellon ve ark., 2013:92;

önerilen diyetle uyumla ilgili sorun yaşadığı belirlendi. Hastalardan 7'sinin tedavi nedeniyle fiziksel sınırlılık yaşadığı, bu sınırlılıkların iş ve sosyal yaşamı, aile içindeki rolleri olumsuz olarak etkilediği bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz; Hipertansiyon; Kronik Böbrek Yetmezliği; Tedaviye Uyum.

Ahrari ve ark., 2014:11,16; Balım ve ark., 2016:36,41). Bu hastaların tedavi, bakım ve eğitiminde önemli role sahip olan hemşireler, hastaların HD'ye ilişkin bilgi, davranış ve tutumlarını değerlendirmeli, tedavi uyumunu etkileyen faktörleri belirlemeli, hasta ve ailelerini bilgilendirmeli, başetme mekanizmalarının etkinliğini değerlendirmeli, yeterli psikolojik ve sosyal destek almalarını sağlamalı ve hasta bireye özgü bütüncül bakımı uygulamalıdır (Davison, 2006:1023,1026; Rambod ve Rafii, 2010:243,247; Elmas ve ark., 2012:25; Boothby ve Salmon, 2013:92; Mellon ve ark., 2013:92; Ahrari ve ark., 2014:17; Kacaroglu Vicdan ve Karabacak Gülseven, 2014:210; Atik ve ark., 2015:2213; Balım ve ark. 2016:42).

2. Amaç

Bu araştırmada, hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amaçlandı.

3. Yöntem

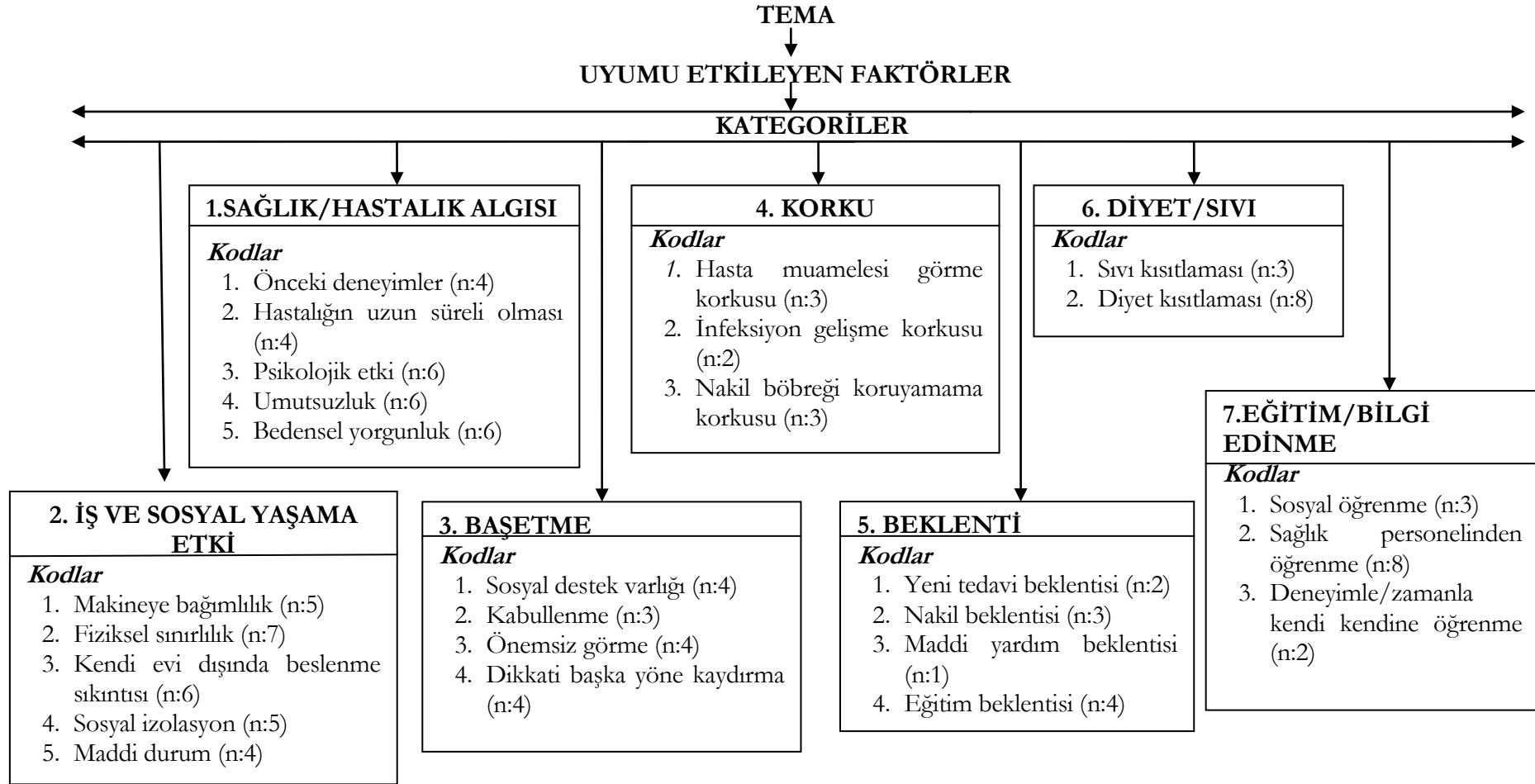
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri: Araştırma, Bolu il merkezinde bulunan Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi'nde 01-24 Ağustos 2011 tarihleri arasında, fenomolojik tipte nitel araştırma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi'nde HD tedavisi gören 115 hasta oluşturdu. Araştırma kapsamına; en az 6 ay HD tedavisi uygulanan, HT ve KBY dışında kronik hastalığı olmayan, hemşire ve hekim tarafından tedavi sürecine uyumsuz olduğu (ilacını düzenli kullanmayan, diyetine uymayan) bildirilen, iletişim kurabilen, psikiyatrik sorunu olmayan, 18 yaş ve üstü hastalar alındı. Bu kriterlere uyan hastalardan ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlenen 12 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 2 hasta araştırmaya dahil edilmedi. Araştırma 10 hasta ile tamamlandı.

3.3. Veri Toplama Araçları: Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan (Weisbord ve ark., 2005:2489,2490; Davison ve Simpson, 2006:887-889; Davison, 2006:1024-1026; Krespi ve ark., 2008:368-372; Cinar ve ark., 2009:449-451; Cukor ve ark., 2009:1224-1227; Gök Özer ve ark., 2009:128-132; Öztürk ve ark., 2009:121,122; Chilcot ve ark., 2010:205-209; Kim ve Evangelista, 2010:274-277; Rambod ve Rafii, 2010:244,245) soru formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplandı. Soru formu, hastaların yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu ve gelir durumu gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 9 sorudan; tedavi uyumunu etkileyen faktörleri belirlemeye amaçlayan yarı yapılandırılmış görüşme formu ise açık uçlu 10 sorudan oluştu.

3.4. Verilerin Toplanması: Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ve derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile toplandı. Oluşturulan görüşme formunu geliştirmek ve anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla ön uygulama yapıldı. Ön uygulama için, aynı diyaliz merkezinde HD tedavisi alan ve görüşmeyi kabul eden 5 hasta ile görüşüldü. Ön uygulama sonunda, veri toplama formlarında değişiklik yapılmadı. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmedi. Araştırmaya katılmayı kabul eden 10 hasta ile belirlenen gün ve saatte, ortalama 30 dakika süren derinlemesine bireysel görüşme yapıldı. Görüşmeler hasta ile yalnız gerçekleştirildi. Görüşmenin başında, tanıtıcı özellikleri kapsayan soru formu, yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Tedavi uyumunu belirlemeye yönelik veriler, derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile toplandı. Görüşme sırasında, katılımcının yanıtlarına herhangi bir kısıtlama getirilmedi. 8 hasta ile yapılan görüşme ses kayıt cihazına kaydedildi, ses kayıt cihazını istemeyen 2 hasta ile yapılan görüşme not tutularak kaydedildi.

3.5. Verilerin Çözümlemesi: Araştırmada, hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde, frekans, ortalama, standart sapma testleri kullanıldı. Derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile elde edilen verilerin çözümlemesinde ise tümevarımcı içerik analizi kullanıldı. İçerik analizinde, ilk olarak görüşme bitiminde yazıya dökülmüş olan konuşma metinleri ve tutulan ek notlar incelendi. Formüle edilen anlamlar organize edilerek kavramsallaştırıldı, temalar, kategoriler ve kodlar belirlendi. Düzenlenen temalar, kategoriler ve kodlar 3 katılımcıya okutularak



Şekil 1. Belirlenen kodlar, kategoriler ve tema

oluşturulan tema ve içeriğin doğruluğu güçlendirildi. Araştırmada, görüşme verilerinden tedavi uyumunu etkilediği belirlenen 26 kod belirlendi. Kodlar kategorize edilerek, aralarındaki benzerlik ve farklılıklara göre 7 kategori oluşturuldu. Kategoriler taşıdıkları anlama göre incelenerek 1 tema belirlendi (Şekil 1).

3.6. Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma öncesi, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi çalışanları araştırma hakkında bilgilendirildi. Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar, araştırmanın amacı, katılımın gönüllülük ilkesi doğrultusunda olacağı, görüşme sırasında ses kayıt cihazı kullanılacağı, kimliklerinin gizli tutulacağı, elde edilen bilgilerin sadece bu araştırma kapsamında kullanılacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları konularında bilgilendirildi. Katılımcıların yazılı ve sözel izinleri alındı. Görüşme sırasında ses kayıt cihazı katılımcılardan gizlenmedi. Görüşmenin başlangıcında, ses kayıt cihazının açılacağı konusunda tekrar bilgilendirme yapıldı. Araştırmanın uygulanabilmesi için, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi'nden (26/10/2011-948), Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu'ndan (13/04/2011-36) yazılı izin alındı.

4. Bulgular

4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmada hastaların yaş ortalamasının $48,10 \pm 14,45$ yıl (18-65 yıl) olduğu, çoğunluğunu erkeklerin (9 hasta) oluşturduğu, sadece 1 hastanın bekar olduğu, çoğunluğunun çekirdek aile yapısına (7 hasta) sahip olduğu, 6'sının ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Hastalardan 8'inin çalışmadığı, 7'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

Yaş ortalamaları	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	$48,1 \pm 14,45$ (18-65) yıl
Hasta özellikleri	Hastalar (H)
Yaş ortalamaları	
≤ 40 yıl	H1 (18 yaş), H3 (34 yaş),
> 40 yıl	H2(45 yaş), H4 (59 yaş), H5 (49 yaş), H6 (41 yaş), H7 (51 yaş), H8 (65 yaş), H9 (64 yaş), H10 (55 yaş)
Cinsiyet	
Kadın (1 hasta)	H9
Erkek (9 hasta)	H1,H2,H3,H4,H5,H6,H7,H8,H10
Medeni durum	
Bekar (1 hasta)	H1
Evli (9 hasta)	H2,H3,H4,H5,H6,H7,H8,H9, H10
Eğitim durumu	
İlkokul (6 hasta)	H2,H4,H6,H8,H9,H10
Lise (4 hasta)	H1, H3,H5,H7
Çalışma durumu	
Çalışıyor (2 hasta)	H2,H5
Çalışmıyor (8 hasta)	H1,H3,H4,H6,H7,H8,H9,H10
Gelir durumu	
Giderden az (7 hasta)	H3,H4,H5,H7,H8,H9,H10
Gidere eşit (3 hasta)	H1,H2,H6
Aile tipi	
Çekirdek (7 hasta)	H3,H4,H6,H7,H8,H9,H10
Geniş (3 hasta)	H1,H2, H5

HD tedavi süresi ve HT süreleri değerlendirildiğinde, ortalama HD tedavi süresinin $6,4 \pm 3,75$ yıl (1-13 yıl); HT süresinin $5,2 \pm 3,33$ yıl (1-11 yıl) olduğu; 7 hastanın HD süresinin, 4 hastanın HT süresinin 6-10 yıl aralığında olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların hemodiyaliz ve hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri

HD, HT süre ortalamaları	$\bar{x} \pm SS$
HD Tedavi Süresi	6,4 \pm 3,75 (1-13) yıl
HT Hastalık Süresi	5,2 \pm 3,33 (1-11) yıl
Hastalık Süreleri	Hastalar (H)
HD süresi	
1-5 yıl	H4 (3 yıl), H5 (1 yıl), H8 (2 yıl)
6-10 yıl	H1 (7 yıl), H2 (13 yıl), H3 (8 yıl), H6 (6 yıl), H7 (7 yıl), H9 (10 yıl), H10 (7 yıl)
HT süresi	
1-5 yıl	H1 (5 yıl), H2 (3 yıl), H3 (4 yıl), H4 (3 yıl), H5 (1 yıl), H8 (2 yıl)
6-10 yıl	H6 (6 yıl), H7 (11 yıl), H9 (10 yıl), H10 (7 yıl)

4.2. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Hasta Görüşleri

Araştırmada, verilerin çözümlenmesi ile 26 kod elde edildi. Kodlardan yola çıkılarak 7 kategori oluşturuldu: (1) sağlık ve hastalık algısı, (2) iş ve sosyal yaşama etki, (3) başetme, (4) korku, (5) beklenti, (6) diyet ve sıvı kısıtlaması, (7) eğitim ve bilgi edinme. Kategoriler “uyumu etkileyen faktörler” teması altında toplandı (Şekil 1).

4.2.1. Sağlık ve hastalık algısına ilişkin hasta görüşleri

Hastaların;

“Ben nakil olduğum zaman daha çok hastanede kalmıştım. Nakil daha zor ve sıkıntılı.” (H1),

“Benim babam bu böbrek yetmezliğinden öldü vaktiyle. Giremiyordu diyalize.” (H5),

“Böbrek nakli olan tanıdığım öldü. Hemodiyaliz bence çok çok iyi.” (H8),

“13 yıldır diyalize gelip gidiyorum. 15 yıldır da bu hastalıkla uğraşıyorum.” (H2),

“Hastalık bir-iki aylık değil ki sürekli. Nakile kadar.” (H7, H9, H10),

“Hep düşünmek zorundasın bu hastalığı. Çok zor. Stres yaşıyoruz. Stres çok kötü. Önceki hayatımdan daha sinirli, stresli oldum.” (H2, H5, H6, H7, H10),

“Üzülmemek lazım bu hastalıkta, tansiyon çıkıyor. Ama üzülüyorsun, yapacak bir şey yok.” (H9),

“Ne yaparsan yap önceki hayatın gibi olmuyor, yani hayatının yüzde sekseni yok. Bu hastalıkla yaşamaya mahkumsun.” (H2, H3, H7, H10),

“Diyalize düşmüşsin bir kere. Nakil olmazsa çözüm yok ki. En son süre ölüm.” (H4, H7, H8),

“Diyalizden sonra çok yorgun oluyorum. O gün bütün gün kendime gelemiyorum.” (H3, H4, H9, H10),

“Sabahları kalktığımda halsiz hissettiren bir hastalık. En fazla bir saat gezebilirsin. Bazen, dükkânımı kapatıp istirahat etmeye gidiyorum” (H5, H7), ifadeleri önceki deneyimlerin (4 hasta); iyileşmeyen uzun süreli bir hastalığa sahip olmanın (4 hasta), hastalık ve tedavinin neden olduğu psikolojik etkinin (6 hasta), umutsuzluğun (6 hasta), günlük yaşamı etkileyen bedensel yorgunluğun (6 hasta) hastalığa ve HD’ye ilişkin sağlık ve hastalık algılarını etkilediğini ortaya koydu.

HD ile ilişkili bedensel yorgunluk yaşadığını belirten hastaların (H3, H4, H5, H7, H9, H10) çoğunluğunun (5 hasta) 40 yaş üzerinde olduğu belirlendi. Uzun süreli bir hastalığa sahip olduklarını dile getiren hastaların hepsinin (H2, H7, H9, H10) HD tedavi süresinin, çoğunluğunun (3 hasta) HT süresinin 6-10 yıl arasında olduğu saptandı (Tablo 2). Ek olarak, umutsuzluk ifade eden hastaların (H2, H3, H4, H7, H8, H10) çoğunluğunun (5 hasta) 40 yaş üstünde olduğu ve bir işte çalışmadığı (Tablo 1), HD tedavi sürelerinin 6-10 yıl aralığında olduğu (4 hasta) belirlendi (Tablo 2).

4.2.2. İş ve sosyal yaşamın etkilenmesine ilişkin hasta görüşleri

“Makineye bağımlısın bu hastalıkta. Gideceğim yerde diyaliz var mı diye araştırmak zorundayım. Haftada 3-4 gün buraya gelmek zorundasın. Bir çok şey elimizden alınıyor. İşlerimiz hep yarım kalıyor.” (H2, H3, H7, H8, H10),

“Önceden futbol oynardım. Onu yapamıyorum. İstedğim yere gidemiyorum, gezemiyorum. Kateter takılan kolu kullanamıyoruz. Ağır kaldıramıyoruz. Hiç bir işe yaramıyorum. Çalışmıyorum.” (H2, H3, H4, H6, H7, H9, H10),

"Dışarıda istediğim gibi yemek yiyemiyorum. 365 gün sıkıntı yaşıyorsun yemek konusunda. Yaşamak kolay değil." (H1, H2, H3, H5, H7),

"Yemek ikram ettiklerinde, yemekler benim yiyebileceğim yemeklerden değilse midem rahatsız diyorum." (H2),

"Toplum içine girerken çok sıkıntı yaşadım. Kalabalığa girmemeye çalışıyorum. Eve kapandım. Sosyal yaşam diye bir şey kalmadı." (H3, H6, H7, H9, H10),

"Bazen bir ekmek parası dahi olmadığı zamanlar oluyor. Çalışmadığımız için parasal yönden çok zorluk çekiyoruz. Para kazanmak gibi bir şeyim yok artık." (H4, H5, H6, H7), ifadeleri ile hastalar, diyaliz makinesine bağımlı olmanın (5 hasta), HD'in neden olduğu fiziksel sınırlılığın (7 hasta), diyet kısıtlaması nedeniyle yaşadıkları beslenme sorunlarının (6 hasta), hastalık ve tedavinin neden olduğu sosyal izolasyonun (5 hasta) ve ekonomik sorunların (4 hasta), iş ve sosyal yaşamlarını olumsuz olarak etkilediğini belirtti.

Diyaliz makinesine bağımlı olmanın, haftayı kısıtladığını, tedavide geçen sürenin iş ve sosyal yaşamı etkilediğini belirten hastaların (H2, H3, H7, H8, H10) 4'ünün; HD kaynaklı fiziksel sınırlılık yaşadığını belirten hastaların (H2, H3, H4, H6, H7, H9, H10) çoğunluğunun (6 hasta) HD süresinin 6-10 yıl arasında olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı, 18 yaşındaki (H1) ve 65 yaşındaki (H8) hastaların fiziksel kısıtlılık belirtmediği belirlendi (Tablo 2).

4.2.3. Başetmeye ilişkin hasta görüşleri

Hastaların;

"Çevremde saygı gören biriyim. Bu değişmedi hastalıktan sonra. Aileden yöne bir sıkıntım yok. Annem bana uygun yemek yapıyor.." (H1, H2, H4),

"Çocuklarımla aram bozuldu. Huzurlu bir yaşamım olmuyor." (H5),

"Moralin yüksek olduktan sonra tüm sıkıntılar aşılır. Sadece böbreğin çalışmıyor o kadar. Onu da makine hallediyor zaten. Hemen herşeyin daha kötüsü var." (H2, H6),

"Allah'tan gelen her şey kabulumuz. Eskisi gibiyim bir değişiklik yok. İşte ara sıra kana bakıyorlar tahlil yapıyorlar." (H4, H8),

"Ben çok kafama takmıyorum. İşte yememem gereken bir şeyi yedim şimdi söyle mi olur böyle mi olur diye düşünmem. Diyalizi hiç aksatmadım ama tansiyon hapımı almadım mesela. Kulaklarım uğuldar bazen tansiyonum yükseldiğinde, belki hap içerim. Çok da fazla birşey olmuyor." (H1, H2, H5, H8),

"Kendime meşgul olacağım işler bulmaya çalışıyorum. Gezmeye çalışıyorum." (H5, H8, H10),

"Manevi yönden işte kafamı dağıtmak için gezicem azıcık veya bir arkadaşla sohbet edicem. (H7), ifadeleri sosyal destek varlığının, hastalığı kabullenme ve hastalıkla başetme durumlarını etkilediğini, bazı hastaların hastalık ve tedaviyi kabullendiğini, bazılarının zaman zaman hastalıklarını yok saydıklarını, önemsemediklerini ve antihipertansif ilaç tedavilerini aksattıklarını, başetme yöntemi olarak 4 hastanın (H5, H7, H8, H10), dikkati hastalık dışında başka yöne kaydırma yöntemini kullandığını, bir arkadaşla sohbet etmenin, uğraş bulmanın, hastalıklarını düşünmelerini engellediğini ortaya koydu. Hastalığını önemsiz gören hastaların tamamının (H1, H2, H5, H8) HT süresinin, 2'sinin (H5,H8) HD süresinin 1-5 yıl aralığında olduğu belirlendi (Tablo 2).

4.2.4. Korkuya ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada;

"Ben diyaliz hastasıyım ve yiyemiyorum demek istemiyorum. Acınmaktan nefret ederim. Beni çok tanımayanlar hasta olduğumu bilmesin." (H2, H3, H6),

"İnfeksiyon korkusu var." Gittiğim diyaliz merkezini, girdiğim makineyi iyi bilmeliyim, küçük bir infeksiyon kapmış zaman sıkıntı." (H2),

"Nakile de çok sıcak bakmıyorum, ben o böbreği koruyamam. Dışardan gelen bir böbrek. Uyum sağlıyor, sağlamıyor. Bir sürü sıkıntısı var." (H2, H3, H8), ifadeleri ile 3 hasta hasta muamelesi görme ve acınma korkusu yaşadıklarını, bu kokular nedeniyle hastalıklarını sakladıklarını, 2 hasta HD tedavisi sırasında infeksiyon gelişme korkusu yaşadıklarını, 3 hasta nakil sonrası böbreği koruyamama endişesi taşıdıklarını ve nakil istemediklerini belirtti. İnfeksiyon korkusunun, tedavi sürecinde Hepatit B ve Hepatit C olan diyaliz hastaları ile tanışma sonucunda oluştuğu belirlendi.

4.2.5. Beklentiye ilişkin hasta görüşleri

Araştırmada;

“Diyalizin ilkel olduğunu düşünüyorum. Şöyle bir şey bekliyorum. İşte şöyle bir madde çıkmış artık diyalize girmeye gerek yok gibi.” (H1, H2),

“Nakil bekliyoruz. İnşallah çıkar.” (H4, H7, H8),

“Bu hastalığı çekenlere ekonomik yönden yardım edilmeli bence.” (H7),

“Bir şeyler anlatılacaksa bizim bilmediğimiz böbrekle ilgili bilmediğimiz bir şeyler anlatılsın. Diyalize gelirken, diyalizden çıkarken sıvı alımı nasıl olmalı mesela o anlatılmalı.” (H2, H5),

“Bilgimiz tam yeterli olmasa da kendimizi idare etmeye çalışıyoruz. Sadece biz değil sağlıklı insanlar da eğitim almalı. Baksanıza hiç organ bağısı yok.” (H6, H10), ifadeleri ile hastaların yeni tedavi (2 hasta), nakil (3 hasta), maddi yardım (1 hasta) ve eğitim beklentisinin (4 hasta) olduğu, beklentinin tedavi uyumunu etkilediği belirlendi. Diyalizin ilkel olduğunu belirten hastanın (H1) 18 yaşında olduğu (Tablo 1); diyaliz gereksinimini ortadan kaldıracak bir yöntem beklentisini dile getiren hastanın (H2) HD tedavi süresi (13 yıl) en uzun hasta olduğu (Tablo 2) saptandı. Ek olarak, nakil beklentisini dile getiren hastaların tümünün (H4, H7, H8) 50-65 yaş aralığında olduğu belirlendi (Tablo 1).

4.2.6. Diyet ve sıvı kısıtlamasına ilişkin hasta görüşleri

“Uymam gereken şeylerden biri sıvıyı az almak. Eskisi gibi su içemem. Çok yaşamak istiyorsam tabi.” (H1, H3, H4),

“İstedğin gibi yiyip içemiyorsun. Sürekli diyet yapıyorsun. Bu hastalığın en büyük zorluğu diyeti zaten. Diyeti aştığın zaman hemen sağlığını bozular. Tuzsuz beslenmeye filan kendimizi alıştıramadık. Yemeklerde fazla kaçırıyorum” (H2, H3, H4, H6, H8, H7, H9, H10), ifadeleri ile 3 hasta sıvı kısıtlamasına uyumun tedavi sürecinde önemli olduğunu, 8 hasta hastalık nedeniyle uygulamak zorunda oldukları diyetle uyumun zor olduğunu, zaman zaman diyeti bozmak durumunda kaldıklarını belirtti.

4.2.7. Eğitim ve bilgi edinmeye ilişkin hasta görüşleri

“Birkaç bir şey okudum. Yani buraya gelen dergilerden filan.” (H1),

“Bazen arkadaşlar arasında da konuşuyoruz. Deneyim de önemli. Onbeş yıldır gelenler var buraya. Onlara da danışıyorum. Onlar bizden daha bilgili.” (H5, H6),

“Eğitim almadım. Doktorlar, hemşireler sürekli bir şeyler anlatıyorlar, şunları ye, bunları yeme, şu riskler var diye”. (H3, H4, H5, H6, H8, H9, H10), “

Diyalize gide gele kendim öğrendim. Ne kadar yiyeceğim, ne kadar yemeyeceğim kendi kendime ayarlıyorum artık. Kendi kendime yaşayarak öğrendim yani.” (H1, H7), ifadeleri ile hastaların, sosyal öğrenme (3 hasta), sağlık personelinin öğrenme (6 hasta) ve zamanla/deneyimle kendi kendine öğrenme (2 hasta) ile hastalık ve tedaviye yönelik bilgi edindikleri, sağlık personelinin planlı bir eğitim almadığı, sadece riskler ve beslenmeye yönelik bilgilendirme yapıldığı belirlendi.

5. Tartışma

Hipertansif HD hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri ve aralarındaki ilişkiyi derinlemesine irdelemek amacıyla gerçekleştirilen fenomolojik tipteki bu nitel araştırmadan elde edilen bulgular, tedavi uyumunu etkileyen temel faktörlerin, sağlık ve hastalık algısı, iş ve sosyal yaşama etki, başetme, korku, beklenti, diyet ve sıvı kısıtlaması, eğitim ve bilgi edinme olduğunu ortaya koydu (Şekil 1).

5.1. Sağlık ve Hastalık Algısına İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Tedavi ve bakımla ilgili olumsuz deneyimler, diyet ve sıvı kısıtlaması, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilendirilme, psikolojik ve sosyal destek alma, bedensel yorgunluk, tanı ve tedavi süresi, hipertansif HD hastalarının geleceğe yönelik beklentilerini, sağlık ve hastalık algısını, tedavi uyumunu etkilemektedir (Weisbord ve ark., 2005:2489-2492; Davison ve Simpson, 2006:886,887; Cınar ve ark., 2009:448,449,452; Cukor ve ark., 2009:1224,1225; Chilcot ve ark., 2010:207,209; Rambod ve Rafii, 2010:242,245; Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011:27,28; Li ve ark., 2014:215; Kacaroglu Vicdan ve Karabacak Gülseven, 2014:211; Pehlivan ve ark., 2016:14). HD hastalarında, hastalık algısının tedaviye uyumun ve yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu; sağlık algı puanı düşük olan hastaların sıvı tedavisine uyumda sorun yaşadıkları ve hastalıklarının bilincinde olmadıkları belirlenmiştir (Weisbord ve ark., 2005:2491; Chilcot ve ark., 2010:207,210; Yılmaz

Karabulutlu ve Okanlı, 2011:28,29). Yorgunluk ve güç kaybı deneyimleyen HD hastalarının çoğunluğunun (%78,8) tedavi uyumunun diğer hastalara göre anlamlı oranda düşük olduğu, ancak 65 yaş ve üzerindekiilerin daha az fiziksel bulgu ifade ettiği belirlenmiştir (Kim ve Evangelista, 2010:274,275). Benzer çalışmalarda, hastalığın sürekli olmasının HD hastalarının hastalık algı puanlarını etkilediği, uzun tedavi süresi nedeniyle zaman içinde sağlık personeline olan güvenlerini, sağlık inançlarını, geleceğe dair beklenti ve ümitlerini yitirdikleri, kendilerini hasta/sakat bir birey olarak gördükleri (Öztürk ve ark., 2009:120,122; Kim ve Evangelista, 2010:274; Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011:28,29), ancak uzun süredir hasta olan ileri yaştaki bireylerin kronik hastalık farkındalığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kim ve Evangelista, 2010:275,276). Yapılan kalitatif çalışmada, HD hastalarının “*Kendime güvenimi kaybettim, gelecekle ilgili korkularım var, ileriye baktığım zaman her şeyin daha da kötüleştiğini görebiliyorum.*” “*Bazen intihar edeceğim gibi hissediyorsunuz; Kendimi çok yalnız hissediyorum.*”, ifadeleri ile yaşadıkları umutsuzluğu dile getirdikleri belirlenmiştir (Krespi ve ark., 2008:369).

Araştırmada, yukarıda sunulan çalışma bulgularına benzer olarak önceki deneyimlerin, bedensel yorgunluğun, hastalığın sürekli olmasının, hastalık ve HD’in neden olduğu psikolojik etkinin ve umutsuzluğun, hastaların HD tedavisine bakış açısını, sağlık ve hastalık algısını etkilediği belirlendi. HD ile ilişkili bedensel yorgunluk yaşadığını ifade eden hastalardan (6 hasta), yaşı 65 olan hastanın (H8) (Tablo 1) bedensel yorgunluğa ilişkin fiziksel bulgu belirtmemesi literatür bulgusu ile benzerlik göstermektedir. İyileşmeyen bir hastalığa sahip olduklarını dile getiren hastaların hepsinin (H2, H7, H9, H10), HD tedavi süresinin, çoğunluğunun (3 hasta) HT süresinin 6-10 yıl arasında olması (Tablo 2), uzun süredir hasta olan bireylerin kronik hastalık farkındalığının daha yüksek olduğunu belirten çalışma bulgularını desteklemektedir. HD süresi 5 yılın altında olan hastaların süreden şikayet etmemesinin nedeninin; süreyle ilgili sorunun zaman ilerledikçe, tedaviye rağmen herhangi bir iyileşme olmadıkça oluşması olabileceği düşünüldü. Ek olarak araştırmada, hastaların çoğunluğunun (6 hasta), hastalık ve HD’in psikolojik etkisini belirtmesi, hastalık ve HD kaynaklı yaşadıkları umutsuzluğu dile getirmesi; HD’in gelecekle ilgili belirsizliğe, strese, gelecek kaygısına, ölüm düşüncesine neden olduğunu belirten literatür bulgularını desteklemektedir. Umutsuzluk ifade eden hastaların (H2, H3, H4, H7, H8, H10) çoğunluğunun (5 hasta) 40 yaş üstünde ve çalışmıyor olması (Tablo 1), HD tedavi sürelerinin 6-10 yıl aralığında olması (Tablo 2); literatürden farklı olarak HD ve hastalık süresi dışında ileri yaş ve bir işte çalışmamanın, bu hasta grubunda umutsuzluk gelişiminde etkili faktörler olabileceğini ortaya koydu.

5.2. İş ve Sosyal Yaşamın Etkilenmesine İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Haftanın belirli günleri mutlaka diyalize girmek zorunda olan hipertansif HD hastalarının tedavi süreci, yaşam tarzında yapmak zorunda oldukları değişiklikler, fiziksel kısıtlılıklar, özel diyetler, ilaçlar ve maddi sorunlar bu bireylerin iş ve sosyal yaşamlarını, dolayısıyla da tedavi uyumlarını etkilemektedir (Krespi ve ark., 2008: 368,369; Cinar ve ark., 2009:448,449; Boothby ve Salmon, 2013:88-90; Kacaroglu Vicdan ve Karabacak Gülseven, 2014:211,213,214; Pehlivan ve ark., 2016:14). HD hastalarıyla yapılan çalışmalar, hastaların seyahate çıkma, tatil için yer ve zaman sınırlaması, hastaneye sık gelme zorunluluğu, HD makinesine bağımlılık, fiziksel aktivitelerde kısıtlılık nedeniyle stres yaşadığını, sosyal yaşamlarının kısıtlandığını, iş yaşamından uzaklaştıklarını, yakın arkadaş ve akrabaları ile ilişkilerinin azaldığını, yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kaldıklarını ortaya koymuştur (Krespi ve ark., 2008:368,369; Cinar ve ark., 2009:448; Gök Özer ve ark., 2009:131,133; Atik ve ark., 2015:2216). Yapılan kalitatif çalışmalarda, “*Dünyada birçok yerine seyahat ettim; ama şimdi olduğum yerden ayrılamıyorum.*”, “*Daha önce yapabildiklerimi artık yapamıyorum.*”, “*Kendimi çok yarırsız hissediyorum.*” “*Sosyal hayatın yok.*” ifadeleri ile hastalık ve tedavi sürecinin hipertansif HD hastalarının iş ve sosyal yaşamlarında oluşturduğu etki belirlenmiştir (Davison ve Simpson, 2006:888; Krespi ve ark., 2008:368; Boothby ve Salmon, 2013:88).

Yukarıdaki çalışmalara benzer olarak araştırmada, makineye bağımlılık, fiziksel sınırlılık, ev ortamı dışında beslenme sıkıntısı, sosyal izolasyon ve maddi durumun, iş ve sosyal yaşamı etkilediği, iş ve sosyal yaşamda oluşan değişikliklerin tedavi uyumsuzluğuna neden olduğu belirlendi. Diyaliz makinesine bağımlı olmanın, iş ve sosyal yaşamı etkilediğini belirten hastaların (H2, H3, H7, H8,

H10) 4'ünün; HD kaynaklı fiziksel sınırlılık yaşadığını belirten hastaların (H2, H3, H4, H6, H7, H9, H10) çoğunluğunun (6 hasta) HD süresinin 6-10 yıl arasında olmasının; uygulanan tedaviye rağmen hiçbir iyileşme olmamasından ve yaşam kalitesinin zamanla daha da azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. HT ve HD nedeniyle uymak zorunda oldukları özel diyetin, kendi evleri dışında beslenme sorunu yaşamalarına neden olduğunu belirten hastaların (H1, H2, H3, H5, H7, H9) çoğunluğunun (5 hasta) HD tedavi süresinin 6-10 yıl; bir hasta (H5) hariç diğerlerinin HT süresinin 3-10 yıl aralığında olması (Tablo 2); uzun yıllar geçmesine rağmen hastaların önerilen diyetle uyumda hala sorun yaşadığını göstermesi bakımından önemlidir.

5.3. Başetmeye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Hem aile içindeki hem de aile dışındaki sosyal ve duygusal desteğin HD hastalarının psikolojik durumlarını ve yaşam kalitesini olumlu olarak etkilediği, sorunlarla başetme gücü kazandırdığı; HD süresinin, hastalık hakkındaki bilginin, günlük yaşamı etkileyen fiziksel sorunların, sıvı ve diyet kısıtlamalarının, hastaların özyönetim becerilerini ve başetme stratejilerini, hastalığı ve HD'yi kabullenme durumunu etkilediği belirlenmiştir (Weisbord ve ark., 2005:2492; Krespi ve ark., 2008:368,369; Öztürk ve ark., 2009:124; Rambod ve Rafii, 2010:245,247; Boothby ve Salmon, 2013:88-90; Li ve ark., 2014:211,212,215). Bu çalışmalardan farklı olarak, Gök Özer ve ark. (2009:134), sosyal desteğe sahip olan ve olmayan HD hastalarının umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığını; destek ve yardım alan hastaların bu durumu acizlik olarak gördüğünü bulmuştur. Benzer şekilde, yapılan bir kalitatif çalışmada hastanın “*Diyalizde yaşamak istemiyorum. Tekrar çalışmak istiyorum. Kimseye yük olmak istemiyorum*” ifadeleri, başkalarının yardımını hastanın bağımlılık olarak algıladığını, HD tedavisine uyumda bağımsızlığın artırılmasının etkili olacağını göstermektedir (Davison ve Simpson, 2006:887).

Araştırmanın sosyal destek varlığının, hastalığı kabullenme ve başetme durumunu etkilediğini belirten bulguları literatürü desteklemekte, sosyal destek gören hastaların bu durumu acizlik olarak gördüğünü belirten literatür bulgusundan ise farklılık göstermektedir. Araştırmada 7 hastanın, hastalık ve tedaviyi kabullendiğine dair herhangi bir ifadesinin olmaması; neden olduğu fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla; günlük yaşamı, yaşam kalitesini ve aile içindeki rolleri olumsuz etkileyen KBY'ni ve HD tedavisini kabullenmenin zor olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Literatürden farklı olarak araştırmada, sosyal destek varlığı ve kabullenme dışında, önemsiz görme (4 hasta) ve dikkati başka yöne kaydırmanın (4 hasta) da hipertansif HD hastalarının kullandığı başetme yöntemleri olduğu belirlendi. Hastalığını önemsiz gören hastaların (H1, H2, H5, H8), antihipertansif ilaç tedavisini aksattıkları belirlendi. Bu hastaların ilaçlarını almamalarına rağmen herhangi bir sorun yaşamadıklarını dile getirmeleri, HT ve tedavisi hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını, tedaviyi aksatmanın sağlıklarının bozulmasına neden olacağını bilincinde olmadıklarını göstermektedir.

5.4. Korkuya İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

HD hastalarının gelecekleri ile ilgili korku ve belirsizlik yaşadıkları, utanma, damgalanma, acınma dedikodu malzemesi olma ve arkadaşlık ilişkilerinin bozulması gibi korkular nedeniyle hastalıklarını gizledikleri, HD sırasında enfeksiyon kapma korkusu yaşadıkları, nakledilen böbreği koruyamama endişesi nedeniyle nakil tedavisinden korktukları belirlenmiştir (Weisbord ve ark., 2005:2490,2491; Davison, 2006:1025,1026; Krespi ve ark., 2008: 369, Cinar ve ark., 2009: 448; Gök Özer ve ark., 2009:131,133; Öztürk ve ark.; 2009: 122). Cukor ve ark. (2009:1224,1225), HD hastalarının nakil olan hastalara göre daha depresif olduğunu ve ilaç tedavisine uyum oranlarının ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde araştırmada, hasta muamelesi görme, acınma korkusu nedeniyle hastalıklarını sakladıklarını belirten hastaların (H2, H3, H6) HD tedavi sürelerinin 6-10 yıl aralığında olması (Tablo 2); uzun yıllardır aynı hastalıkla yaşamalarına rağmen hastalıklarını saklama çabası içinde olduklarını ve HD hastası olduklarını söylemekten utandıklarını göstermesi bakımından önemlidir. Ek olarak araştırmada, nakil sonrası böbreği koruyamama korkusu yaşadığını belirten hastaların (H2, H3, H8) ifadeleri, nakil tedavisinin olumlu sonuçlarını belirten çalışma bulgularından farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, hastaların önceki

deneyimler veya yanlış bilgilendirme nedeniyle nakil tedavisine yönelik olumsuz düşünce geliştirmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

5.5. Beklentiye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

HD hastalarının diyaliz ve nakil dışında yeni tedavi beklentilerinin olduğu, sağlık personelinin hastalık ve tedavi ile ilgili eğitim alma beklentilerinin bulunduğu, bilgi eksikliğinin hastaların umutsuzluğunu artırdığı belirlenmiştir (Davison, 2006:1024-1026; Gök Özer ve ark., 2009:129,131; Öztürk ve ark., 2009: 122,124). Yapılan kalitatif çalışmalarda, HD hastalarının “*Ne olacak bilmek istiyorum. Sonum hakkında endişe duyuyorum.*”, “*Hastalıkla baş etmek için eğitime ihtiyacım var.*”, ifadeleri ile eğitim beklentisini belirttiği saptanmıştır (Davison, 2006:1025; Davison ve Simpson, 2006:887,888). Benzer şekilde araştırmada 4 hasta, tedaviye ve beslenmeye yönelik eğitim beklentisi olduğunu; organ bağışının artmasında toplumu bilgilendirmenin etkili olabileceğini belirtti. Araştırmada, HD ve nakil dışında yeni tedavi beklentisinin olduğunu belirten 2 hastadan birinin (H1) 18 yaşında olması, diğerinin HD tedavi süresi en uzun hasta (H2) olması, yaş ve HD tedavi süresinin yeni tedavi beklentisinde etkili olabileceğini göstermektedir. Hastaların çoğunluğunun, HD dışında bir tedavi beklentisinden bahsetmemesinin nedeni, yaşamak için HD’ın gerekli olduğunu düşünmeleri veya HD’i ortadan kaldıracak bir tedavi yönteminin geliştirebileceğine inanmamaları olabilir. Hastaların çoğunluğunun (7 hasta) nakil beklentisini ifade etmemesinde; önceki deneyimlerin, nakil böbreği koruyamama korkusunun ve umutsuzluğun, etkili olabileceği düşünüldü.

5.6. Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

HD hastalarının diyet ve sıvı alımı konusunda yeterli bilgisinin olmadığı, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum sağlamada sorun yaşadığı (%50-98,3), yeme alışkanlıklarını değiştiremediği, malnütrisyon oranlarının yüksek olduğu, sıvı ve diyet kısıtlamasına uyumsuzluk nedeniyle stres yaşadığı, sıvı tedavisine uymayan ve sıvı tutulumu nedeniyle diyaliz seansları arasında kilo alan (>1,5 kilo) HD hastalarının mortalite riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Kalantar-Zadeh ve ark., 2009: 675-676; Chilcot ve ark., 2010:207,209; Kim ve Evangelista, 2010:275,276; Kugler ve ark., 2011:1,5,7; Elmas ve ark., 2012:24,25; Boothby ve Salmon, 2013:88-90; Mellon ve ark., 2013:91,92; Ahrari ve ark., 2014:14; Ibrahim ve ark., 2015:243,245-247; Balım ve ark., 2016:39,40). Ahrari ve ark. (2014:11,15), HD hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk oranının (%45,2), diyet uyumsuzluğundan (%41,1) daha yüksek olduğunu saptamıştır. Chan ve ark. (2012:2) ise, sıvı kısıtlamasına uyduğunu söyleyen HD hastalarının (%48,4) sadece %24,5’inin sıvı kısıtlamasına uyum gösterdiğinin, önerilen diyetle uyduğunu ifade eden hastaların da (%36,2) sadece %27,7’sinin diyetle uyum gösterdiğinin klinik olarak doğrulandığını belirlemiştir. Benzer çalışmalarda da, sıvı kısıtlamasının önemini farkında olan HD hastalarının (%95’inin) %79,5’inin sıvı kısıtlamasına uyduğu, %36’sının otokontrolü sağlayamadıkları için sıvı kısıtlamasına uyumda zorluk yaşadığı (Kim ve Evangelista, 2010:275), sıvı ve diyet kısıtlamalarına uyum ile sosyal destek arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Ahrari ve ark., 2014:16).

Araştırmada, literatürden farklı olarak hastalardan hiçbiri sıvı tedavisine uyum ile ilgili sorun belirtmedi. Bu farkın nedeni; hastaların sıvı tedavisine uyum sağlaması veya literatürde yer alan bazı çalışmalarda belirtildiği gibi sıvı tedavisini önerildiği şekilde uygulamamasına rağmen uyguladığını düşünmeleri olarak yorumlandı. Araştırmada, diyaliz seansları arasında kilo takibi yapılmadığından ve laboratuvar bulguları izlenmediğinden; sıvı tedavisi sorunundan bahsetmeyen hastaların sıvı tedavisine gerçekten uyum sağlayıp sağlamadıkları değerlendirilemedi. Araştırmada, hastaların çoğunluğunun (8 hasta), önerilen diyetle uyumla ilgili yaşadıkları sıkıntıyı, zaman zaman diyeti bozmak durumunda kaldıklarını belirtmesi; HD hastalarının diyetle uyum sorunu yaşadığını belirten çalışma bulgularını desteklemektedir.

5.7. Eğitim/Bilgi Edinmeye İlişkin Hasta Görüşlerinin Tartışılması

Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumunu artırmada eğitim ve bilgilendirmenin önemli olduğu bilinmesine rağmen, hastaların çoğunluğunun sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediği ve verilen eğitimin etkin olmadığı belirlenmiştir (Öztürk ve ark., 2009:119,122; Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011:27; Elmas ve ark., 2012:24,25; Mellon ve ark., 2013:92). Baraz ve ark. (2010:63,64),

bilgi eksikliğinin HD hastalarında tedaviye uyumu etkileyen önemli bir faktör olduğunu, görsel eğitim uygulanan hastaların uyumunun daha yüksek olduğunu, eğitim ile sıvı ve diyet uyumu arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir. Elmas ve ark. (2012:24,25), eğitim aldığını belirten hastaların %55'inin alması gereken günlük sıvı miktarını belirleyemediğini, yarısının susuzluk hissini giderme yöntemlerinden habersiz olduğunu, çoğunluğunun (%68) tuz alımını azaltma yöntemlerini bilmediğini saptamıştır. Aynı çalışmada, hastaların %66'sının yakınlarının HD hastasının beslenmesine ilişkin bilgisinin olmadığı da ortaya konmuştur. Araştırmada 3 hasta, dergilerden, arkadaşlardan ve diğer hastalardan, hastalığı ve HD tedavisi hakkında bilgi aldığını, 2 hasta, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgilerini, sorarak ve yaşayarak, kendi kendine zaman içinde deneyimle öğrendiğini, çoğunluğu (8 hasta) kapsamlı bir eğitim almadıklarını, hekimler ve hemşireler tarafından sadece riskler ve beslenmeye yönelik bilgilendirme yapıldığını belirtti. Bu ifadeler, HD hastalarının çoğunluğunun sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediğini belirten çalışma bulgularını desteklemektedir.

6. Sonuç ve Öneriler

Hipertansif HD hastalarının tedavi uyumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu nitel araştırmada, hastalardan elde edilen yanıtlar ışığında tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin, sağlık ve hastalık algısı, iş ve sosyal yaşama etki, başetme, korku, beklenti, diyet ve sıvı kısıtlaması, eğitim ve bilgi edinme olduğu belirlendi. Bu faktörlerden, diyet ve sıvı kısıtlamasına yönelik yapılmış çok sayıda çalışma olmasına rağmen, diğer faktörlerin, özellikle korku, beklenti, başetme, eğitim ve bilgi edinme, tedavi uyumunda etkisini belirlemeye odaklanan çalışma sayısı sınırlıdır. Gelecekte, bu faktörlerin etkisini belirlemeye yönelik nicel ve nitel çalışmaların yapılması tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin anlaşılması ve uyumun artırılması açısından yarar sağlayabilir. KBY dışında HT ve kalp yetmezliği gibi farklı sağlık sorunları da olan bu hasta grubunda HD tedavisine uyumun sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması, komplikasyonların ve yaşam kaybının önlenmesi açısından önemlidir. Bu nedenle, HD hemşireleri, tedavinin başladığı ilk günden itibaren, hastaların tedavi uyumunu değerlendirmeli, uyumu engelleyen faktörleri erken dönemde belirleyerek, hasta ve aile merkezli bir yaklaşım ile bu faktörleri ortadan kaldırmaya veya etkisini azaltmaya yönelik eğitim programları hazırlamalı, bilişsel ve davranışsal hedefler geliştirmelidir. Bu eğitimlerin, düzenli aralıklarla yapılan seminerler ve haftalık grup toplantıları şeklinde yapılması, yazılı materyaller ile güçlendirilmesi, hasta ve ailelerinden alınan geri bildirimler ve güncel gelişmeler doğrultusunda yeniden yapılandırılması, tedavi uyumunda daha başarılı sonuçların alınmasını sağlayabilir. Eğitimler dışında, psikolojik destek ve danışmanlık sağlanması, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği sorunlarla baş etmeyi sağlayacak stratejiler geliştirmelerinin ve yaşamlarının kontrolünü tekrar kazanmalarının sağlanması da uyumu artırmada etkili olabilir.

Teşekkür

Araştırmayı planlama sürecinde, bilimsel kişiliği ve eğiticiği ile rehberlik eden ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Feray Gökdoğan'a, Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarımıza, makalenin İngilizce kısımlarını edit eden Dr. Namaitijiang Maimaiti'ye katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Kaynaklar

Ahrari, S., Moshki, M., Bahrami, M. (2014). The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 11-19. doi:10.5681/jcs.2014.002

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.5681/jcs.2014.002>

- Atik, D., Atik, C., Asaf, R., Cinar, S. (2015). Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal desteğin sosyal görünüş kaygısına etkisi. *Medicine Science*, 4(2), 2210-2223. doi: 10.5455/medscience.2015.04.8235
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.5455/medscience.2015.04.8235>
- Balım, S., Çınar Pakyüz, S. (2016). Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1, 35-43.
- Baraz, S., Parvardeh, S., Mohammadi, E., Broumand, B. (2010). Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having hemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 60-68. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05142.x
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05142.x>
- Boothby, M. R. K., Salmon, P. (2013). Öz Yeterlilik ve hemodiyaliz tedavisi: nitel ve nicel bir yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2), 84-93.
- Chan, Y.M., Zalilah, M.S., Hii S.Z. (2012). Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in Malaysia. *pLoS One*, 7(8), e41362, 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0041362
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041362>
- Chilcot, J., Wellsted, D., Farrington, K. (2010). Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (2), 203-212. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.010
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.010>
- Cinar, S., Barlas, G. U., Alpar, S.E. (2009). Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 25(3), 447-452.
- Cukor, D., Rosenthal, D.S., Jindal, R. M., Brown, C. D., Kimmel, P. L. (2009). Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney International*, 75(11), 1223-1229. doi:10.1038/ki.2009.51
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2009.51>
- Davison, S. N. & Simpson, C. (2006). Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ*, 333 (7574), 886-889. doi: 10.1136/bmj.38965.626250.55
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38965.626250.55>
- Davison, S. N. Facilitating advance care planning for patients with end-stage renal disease: the patient perspective. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1(5): 1023-1028. doi: 10.2215/CJN.01050306
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.01050306>
- Elmas, A., Erbay Saral, E., Tuğrul, A., Şengül, E., Bülbül, F. (2012). Hemodiyaliz hastalarında beslenme bilgi düzeyi ile klinik ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişki. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3, 23-26.
- Gök Özer, F. G., Beydağ, K. D., Cengiz, Ş., Kiper, S. (2009) Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10), 123-136.
- Ibrahim, S., Hossam, M., Belal, C. (2015). Study of non-compliance among chronic hemodialysis patients and its impact on patients' outcomes. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(2), 243-249.
- Kacaroglu Vicdan, A. & Karabacak Gülseven, B. (2014). Roy Adaptasyon Modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. *International Journal of Human Sciences*, 11(2), 209-220. doi: 10.14687/ijhs.v11i2.2729
View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.14687/ijhs.v11i2.2729>

Kalantar-Zadeh, K., Regidor, D. L., Kovesdy, C. P., Van Wyck, D., Bunnapradist, S., Horwich, T.B., Fonarow, G.C. (2009). Fluid retention is associated with cardiovascular mortality in patients undergoing long-term hemodialysis. *Circulation*, 119(5), 671-679. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.807362.

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.807362>

Kim, Y. & Evangelista, L. S. (2010). Relationship between illness perceptions, treatment adherence and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37(3), 271-281.

Krespi, M. R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., Salmon, P (2008). Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 365-372.

Kugler, C., Maeding, I., Russell, C. L. (2011). Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *Journal of Nephrology*, 24(3), 366-375. doi: 10.5301/JN.2010.5823

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.5301/JN.2010.5823>

Li, H., Jiang, Y. F., Lin, C. C. (2014). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 208-216. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.012

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.012>

Mellon, L., Regan, D., Curtis, R. (2013). Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. *Patient Education and Counseling*, 92(1), 88-93. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.023

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.023>

Öztürk, A., Altuntaş, Y., Özsan, M., Gündüz, E. (2009). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Erişkes Tıp Dergisi*, 31(2), 119-125.

Pehlivan, F., Yüksel, Ş., Ahsen, A., Coşkun, K. Ş., Güzel, H.İ., Mayda, H. (2016). Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam kalitesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 3, 13-16.

Rambod, M. & Rafii, F. (2010). Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 242-249. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01353.x.

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01353.x>

Seyahi, N., Ateş, K., Süleymanlar, N. (2016). Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği kayıt sistemi 2014 yılı özet raporu. *Türk Nefroloji Diyaliş ve Transplantasyon Dergisi*, 25(2), 135-141. doi: 10.5262/tndt.2016.1002.02

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.5262/tndt.2016.1002.02>

Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M. J., Levenson, D. J., Peterson, R. A., Switzer G. E. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16 (8), 2487-2494. doi: 10.1681/ASN.2005020157

View Article: DOI: <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2005020157>

WHO-World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Erişim Tarihi: 05.07.2016. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

Yılmaz Karabulutlu, E. & Okanlı A. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4), 25-31.

Zengin, N. & Ören, B. (2015). Hemodiyaliz hastalarının tuzdan kısıtlı diyetle uyumlarının incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2, 39-49.

Extended English Abstract

Introduction: Long life expectancy, along with today's rapid developments in medicine and technology, has led to an increase the incidence of chronic diseases around the world. Chronic Renal Failure (CRF) is one of the serious chronic diseases, and is usually present with other chronic diseases such as hypertension. The CRF requires lifelong treatment and management. The disease affects people in many ways, and reduces the quality of life. Hemodialysis treatment is preferred for patients who have lost their renal functioning until a kidney transplant is successfully done. Peritoneal dialysis and hemodialysis are regarded as lifesaving treatments. Hemodialysis treatment can lead to an inability to perform certain roles, and a deterioration in the perception of general health perceptions in the short term; it can lead to mental problems in the long term. These problems negatively affect the patient's quality of life, as well as compliance to the treatment. The disease can result in maladaptive behaviors, excessive weight gain, edema in the hands and feet, high blood pressure, pulmonary edema, and shortness of breath. Hypertension is difficult to control and treat since high blood pressure requires the use of multiple antihypertensive medicines. Therefore, raising awareness on the importance of treatment compliance in hypertensive hemodialysis patients is important in order to increase the effectiveness of the treatment.

Objective: The aim of the study was to investigate the factors to determine treatment compliance in hemodialysis patients, the importance of these factors, and relationship of factors.

Method: This is a phenomenological qualitative study. The study was carried out among 115 patients who received hemodialysis treatment in the Private Nefro Bolu Dialysis Center. The study included patients with hypertension who were between the ages of 18 and 65, and who had received hemodialysis treatment for at least six months. The patients could communicate, and did not have a hearing impairment. Twelve patients were selected from the patients who met the inclusion criteria using the criterion sampling method. Two patients were excluded who did not agree to participate the study, and finally the study was carried out among 10 patients. The study was approved by ethics committee and prior to data collection, all study participants were given information on the study. All respondents signed the informed consent form before participation. The data were collected through in-depth interviews with all the individuals study participants using a semi-structured interview form. The data were collected between August 1 and August 24, 2011. The interview was conducted one-to-one basis with the patients, each interview took about 30 minutes. The interviews with eight patients were recorded by voice recorder but two patients did not agree to record due to this only, written notes were taken by interviewers. The voice recording was transcribed and written on paper. The recorded data were evaluated using inductive content analysis. Content analysis allowed for the use of 26 codes to identify factors that influenced treatment compliance. These codes were then categorized in seven broader categories: disease/health perception, effect on professional and social life, coping, fear, expectations, diet/fluid restriction, and education/information. These categories were assessed according to their particular significance and reconciled under the overarching theme of factors determining compliance.

Results: The mean age of the participants was 48.1 ± 14.45 years, the duration of previous hemodialysis treatment was 6.35 ± 3.75 years, and that of previous treatment for hypertension was 5.2 ± 3.33 years. The patients stated that their health/disease perception was affected by their previous experiences, and having a chronic, long-term disease. They suffered from psychological effects of the disease, and experienced hopelessness and physical fatigue. The duration of previous treatment was six to 10 years for those patients who expressed that the chronic character of the disease affected their perception of disease/health. Patients aged over 40 had greater physical fatigue post dialysis; eight of the patients experienced or had experienced problems related to their recommended diet. Dependence on a machine, physical limitation, the

difficulty of eating outside the home, social isolation, and financial problems were found to affect the work life and social life of the patients. Receiving hemodialysis treatment three or four days a week, not leaving home except to receive hemodialysis treatment, having to be cautious when using the arm in which the catheter is placed, and financial difficulties were found to negatively affect the patients. Seven patients experienced physical restrictions due to their treatment; these restrictions negatively affected their occupational and social life. The factors that affect the coping skills of the patients were found to be the existence of social support, acceptance, underestimation and distraction. Investigators found that the patients expected to be able to receive new and more effective treatments, they anticipated being able to receive a transplant, they expected financial support and they wanted to be educated about their illness. These expectations and receiving education were determined to affect treatment compliance.

Discussion: This study findings support that disease perception is an important determinant regarding treatment compliance, and improved quality of life in patients with CRF. Another study found that a proper diet, receiving education about the disease, and having psychological support affected the health/disease perception. The present study, unlike the aforementioned study, found that the previous experience with disease of the patients and their families, the disease being long-term, physical fatigue, negative psychological effects of the disease, and hopelessness affected the health/disease perception.

Conclusion: The study findings show the factors that affect treatment compliance in hypertensive hemodialysis patients are health/disease perception, the quality of work and social life, fear, expectations, diet/liquid limitation, and receiving education and knowledge about the disease.

Implication for Practice: Nurses should evaluate whether hypertensive hemodialysis patients are compliant with treatment. Treatment compliance can be better through education. Although studies exist on psychological problems such as anxiety and depression, and on diet and liquid limitations, only a limited number of studies have focused on how health/disease perception, work and social life, fear, coping methods, expectations, and education can affect compliance to treatment. It is recommended that quantitative and qualitative studies be conducted on the effect of these factors.